Aus der königlich medicinischen Klinik zu München.

Ein Beitrag

zur

„Frage der Perityphlitis".

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Emil Scheffler,
appr. Arzt aus Caldera.

München, 1898.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Lossen.

Aus der königlich medicinischen Klinik zu München.

Ein Beitrag

zur

„Frage der Perityphlitis".

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Emil Scheffler,
appr. Arzt aus Caldera.

ACAD. MED. BAT BIBL.

München, 1898.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Lossen.

Referent: **Herr Geheimat Prof. Dr. von Ziemssen.**

Meinen lieben Eltern

in

Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553806_0041

Obwohl in den letzten Jahren viel über die Behandlung der Perityphlitis sowohl von seiten der Internen als der Chirurgen geschrieben worden ist, ist dennoch kein endgültiges Resultat in dieser Frage erzielt worden. Die Chirurgen haben anfangs, ermuntert durch einige günstige Resultate, welche sie durch Operation der Perityphlitis erlangten, gleich kategorisch die chirurgische Behandlung der Perityphlitis als die einzige Heilung bringende erklärt, schliesslich aber doch auf Grund von Statistiken zugeben müssen, dass in den meisten Fällen eine interne Behandlung der Perityphlitis ausreichend sei. Nun hat sich wenigstens der scharfe Gegensatz, ob chirurgisch, ob intern behandelt werden soll, gehoben, aber noch herrscht grosse Unklarheit darüber, wann der Chirurg eingreifen soll, und es bleibt daher weiteren Mitteilungen und Statistiken vorbehalten, durch ein recht zahlreiches Material Licht in die noch unaufgeklärten Fragen zu bringen. Ein kleines Scherflein hierzu beizutragen, soll der Zweck vorliegender Arbeit sein.

Es ist leicht verständlich, weshalb es so überaus schwer ist, eine bestimmte Anweisung zu geben, welcher Fall von Perityphlitis und wann er operiert werden soll, wenn man sieht, wie umstritten noch das ganze Wesen der Perityphlitis ist. Ueber die Aetiologie, weiteren Verlauf und Symptomatologie der entzünd-

lichen Prozesse in der rechten fossa iliaca herrschen noch die verschiedensten Ansichten, und so kommt es, dass man nicht einmal eine scharfe Einteilung aller in Betracht kommenden Erkrankungen finden kann.

Im allgemeinen unterscheidet man in klinischer Beziehung zwischen Typhlitis und Perityphlitis, wobei man unter Typhlitis die Entzündung des Blinddarms versteht, unter Perityphlitis aber solche Entzündungen in der Umgebung, die sowohl vom Coecum als vom Appendix ausgehen. Die Namen „Appendicitis. Periappendicitis und Paratyphlitis" haben sich nicht recht eingebürgert, weil die klinischen Erscheinungen derselben untereinander sehr ähnlich und daher meist nicht unterscheidbar sind. Allerdings kann man auch obige Einteilung oft nur aus der Beobachtung des weiteren Verlaufs einer Erkrankung machen.

Die Typhlitis hat meist ihre Ursache in der Anhäufung von Fäkalmassen im Coecum und wird daher gewöhnlich als „Typhlitis stercoralis" bezeichnet. Den Grund für solche Stagnationen des Inhalts des Blinddarms hat man in der eigentümlichen Anordnung des Blinddarms zu suchen, wobei eine gewisse Trägheit und Erschlaffung der Darmmuskulatur eine grosse Rolle spielt.

Wenn Sahli dagegen auf dem Kongress für innere Medizin in München 1895 sich dahin äusserte: „Falls die Typhlitis stercoralis überhaupt vorkommt, so spielt sie praktisch als ganz seltene Ausnahme nicht jene wichtige Rolle, wie sie ihr von manchen Autoren entgegen allen operativen Befunden noch zugeschrieben wird. Diese operativen Befunde zeigen mit solcher nahezu völliger Konstanz immer wieder

Appendicitiden als primäre Ursache der Perityphlitis, dass der Praktiker im Interesse seiner Patienten wirklich nichts Besseres thun kann, als den Namen Typhlitis stercoralis möglichst bald zu vergessen", so kann man nur insoweit beistimmen, dass die Typhlitis stercoralis nicht die grosse Bedeutung mehr hat, die man ihr früher beigemessen. Denn nach der obigen Auffassung ist die Typhlitis wegen ihrer mechanischen Entstehung, nämlich Reizung der Coecalwand durch hart gewordene Kotmassen, eine leichtere Entzündung und hat als solche weniger Tendenz, das umgebende Gewebe in intensivere Mitleidenschaft zu ziehen. Dies Verhalten erklärt aber auch, warum sie so höchst selten zum Exitus letalis führt oder zur Operation kommt. Es sind aber auch solche Fälle bekannt. Haenel citiert in der Münchener Medizin. Wochenschrift 1895 einen Fall, wo die Wand des Coecums erkrankt gefunden wurde mit Freisein des Appendix. Duplay und Reclus erwähnen einen zur Sektion gekommenen Fall, in welchem der die Entzündung erregende Kotpfropf an der geschädigten Stelle gefunden wurde. Auch Lenander berichtet, dass er einen Patienten, welcher keinen Processus vermiformis mehr hatte, wegen recidivierender Perityphlitis operieren musste. Und schliesslich kann man wohl aus verschiedenen Krankengeschichten, wo bei habitueller Obstipation der in der Ileocoecalgegend fühlbare Tumor nach Opiumbehandlung bestehen bleibt, aber nach einem Einlauf und reichlicher Stuhlentleerung merklich verschwindet und die übrigen Symptome rasch zurückgehen, wohl darauf schliessen, dass die Fäkalanhäufung die primäre Ursache war.

Die meisten Fälle von Perityphlitis nehmen, wie man in neuerer Zeit immer mehr nachgewiesen hat, ihren Ausgangspunkt vom Processus vermiformis. Warum gerade der Appendix eine so grosse Rolle in der Pathologie der Perityphlitiden spielt, wird dadurch erklärt, dass häufig Cirkulationsstörungen eintreten, vielleicht durch Knickungen infolge der Kürze seines Mesenteriolums, wozu sein Follicelreichtum kommt, der für das Eindringen von Bakterien, namentlich Bacterium coli und Streptococcen nach Dieulafoy[2], günstig ist. Weiter hätte man den Grund für die häufige Erkrankung des Appendix vielleicht in seiner Unthätigkeit zu suchen, sodass vielleicht noch durch die an seiner Mündungsstelle gelegene Gerlach'sche Klappe, durch ein enges Lumen bei relativ grosser Länge, es zu Retentionen von hineingelangten Kotsteinen, selten auch Fremdkörpern, und so zu Druckbrand kommen könnte. Nach anderen Untersuchungen sollen auch Darmtuberkulose, Actinomycose, Lues, Typhus eine grosse Rolle bei der Entstehung der Perityphlitis spielen.

Interessant und für die Therapie von grundlegender Bedeutung ist es nun zu erfahren, was die Folgen aller dieser Schädlichkeiten sind.

Dass es nicht immer, wie Sahli[1] annimmt, zur Eiterung kommt, hat Sonnenburg öfters bei Operationen beobachten können. Er unterscheidet deshalb zwischen einer Appendicitis simplex und einer perforativa-suppurativa. Indes ist auch diese Einteilung nicht stichhaltig, denn dass nicht immer eine Perforation vorhanden ist bei äussert fondroyanten Fällen hat schon Kümmel[1]) auf dem Kongress für innere

Medizin 1895 erwidert. Es kann eben nach anfänglichem Katarrh allmählich zur Eiterung ohne Perforation kommen. Dieulafoy[2] hat dafür neuerdings angegeben, dass Bakterien sich in einem abgeschlossenen Darmstück, wozu es beim Appendix durch die katarrhalische Schwellung der Schleimhaut kommt, besonders gut vermehren, durch die Darmwand hindurchwandern und so eine Peritonitis ohne Perforation erzeugen könnten.

Natürlich ist der Ausgang in Eiterung stets eine grosse Gefahr für den Patienten. Der Durchbruch in die Bauchhöhle und somit Ueberschwemmung des ganzen Peritoneums tritt allerdings verhältnismässig selten ein. Gewöhnlich gehen der Perforation Reizungen des Processus vermiformis voraus, wodurch es, ehe das Geschwür die Serosa erreicht, zu einer Verwachsung der peritonealen Flächen kommt. Wenn dann noch Perforation und Eiterung eintritt, ist der Abscess sofort abgekapselt. Oefters auch kommt es trotz der Perforation in die freie Bauchhöhle nicht zu einer tötlich verlaufenden Peritonitis, weil der Appendix nur geringe Excursionen machen kann und so nicht gleich das ganze Peritoneum infiziert, weil es ferner auf die Menge des ausgetretenen Materials und auf die Virulenz des Eiters ankommt. Ein abgekapselter Abscess kann nun, wie Sahli sagt, durch Selbstdrainage durch die Perforationsöffnung oder auch durch eine neue in den Darm entleert werden und vollkommen ausheilen. Bisweilen bricht er indes auch in benachbarte Organe, Blase und sogar Venen u. s. w. hindurch. Jedenfalls hat Sonnenburg recht, wenn er den Durchbruch in ein anderes Organ weder

als wünschenswert noch als gefahrlos bezeichnet, wenn er dagegen den anderen Weg der Selbsthilfe des Körpers, die Resorptionsfähigkeit kleinerer Abscesse leugnet, so kann man dies wohl bestreiten, nachdem man auch experimentell nachgewiesen hat, dass der Eiter, nachdem er steril geworden, resorbiert werden kann. Und dass gerade kleinere Abscesse leichter resorbiert werden, erklärt Cohn[3] damit, dass bei kleineren Abscessen die resorbierende Oberfläche im Verhältnis zum Inhalt grösser ist, als bei grossen, und dass vielleicht gerade durch eine geringere Virulenz des Eiters der Abscess klein blieb und das resorbierende Peritoneum weniger geschädigt wurde. Jedenfalls ist diese Möglichkeit sehr wichtig, weil es schwerer sein wird, einen kleinen Abscess zu diagnostizieren und zur operativen Behandlung zu bringen.

Diese Differenzen in der Anschauung über die Häufigkeit von Eiterung und der Selbsthilfe des Körpers erklären es, warum auch über die einzuschlagende Therapie grosse Meinungsverschiedenheiten bestehen. Und nicht zum geringsten ist daran Schuld, dass man in der Symptomatologie der Fälle von Typhlitis und Perityphlitis so wenig übereinstimmende Angaben findet.

Das klinische Bild eines Typhlitis stercoralis zeigt sich zuerst unter dem Bild einer chronischen hartnäckigen Verstopfung, mehr oder wenig heftige Schmerzen, Auftreibung des Abdomens durch Stenose des Darms. Häufig tritt Erbrechen und geringgradiges Fieber hinzu. Man fühlt bei der objektiven Untersuchung einen wurstförmigen, vielleicht höckerigen Tumor. Manchmal ist allerdings der Tumor weniger

scharf abgrenzbar. Der Perkussionsschall darüber meist dumpf oder tympanitisch gedämpft. Doerfler[4] betont, dass meist nur der Tumor, nicht die Umgebung druckempfindlich sei. Weiter gibt er als Characteristica das Fehlen von Fieber oder Einklang desselben mit der Pulszahl, und nur geringe Alteration des Allgemeinbefinden des Patienten an, was ich nach den folgenden Krankengeschichten bestätigen möchte.

Tritt nun Besserung ein, so beginnt dieselbe meist mit Eintritt von Stuhlgang, die Schmerzen lassen nach und unter Sinken der Temperatur und des Pulses zur Norm hebt sich sehr bald das Allgemeinbefinden. Also eigentlich nur aus der genauen Berücksichtigung des weiteren Verlaufs kann man eine Entscheidung zwischen Typhlitis und Perityphlitis fällen, und doch ist eine möglichst frühzeitige Erkenntnis für die Therapie von Wichtigkeit, wie einige glauben, weil man durch Abführmittel ungünstig auf den Heilungsvorgang bei Perityphlitis einwirken könnte. Ich möchte mit Quincke[1] glauben, dass man zu Beginn vorsichtige Klysmata applizieren darf, wenn eine Perityphlitis nicht unter stürmischen Anzeichen verläuft, weil ja auch sekundär begünstigend für den perityphlitischen Tumor die Kotstauung einwirkt.

Die Perityphlitis zeigt gegenüber den auf Coprostase beruhenden Fälle ein mehr akutes Einsetzen der Symptome. Die Kranken, die vorher meist gesund und auch nicht immer an Verstopfung gelitten haben, klagen plötzlich über Schmerzen in der Ileocoecalgegend, wofür sie in den wenigsten Fällen eine Ursache angeben können. Gewöhnlich tritt Erbrechen,

Mattigkeit und Fieber hinzu. In der Ileocoecalgegend findet man eine vermehrte auffallend schmerzhafte Resistenz, bisweilen lässt sich deutlich eine entzündlich-exsudativer Tumor abgrenzen. Der Verlauf ist indes ein sehr verschiedenartiger und hängt wohl, wie man angibt, mit der verschiedenen Virulenz der eingedrungenen Bakterien, der Art derselben und besonders auch von der Widerstandsfähigkeit des Körpers ab.

Von äusserster Wichtigkeit für unser Handeln ist die Frage, wann Eiter vorhanden ist. Bevor ich darauf eingehe, sei es mir gestattet, über die Resultate der in den Jahren 1889—94 in der medizinischen Klinik zu München behandelten Fälle kurz zu berichten. Dabei möchte ich mich der oben gegebenen Einleitung bedienen, wobei ich nur die Fälle, welche zum Exitus führten, zuletzt wiedergebe.

Name u. Alter	Anamnese	Aufenthalt in d. Klinik	Beteiligung and. Organe	Befund	Stuhl	Fieber und Verlauf	Behandlung und Resultat
E. S., Magd, 23 J.	Leidet an habitueller Obstipation. Seit dem 3. 1. Schmerzen in der Ileocoecalgegend. Früher ausser gynäkol. Affektion stets gesund.	6. 1.—1. 2. 1890. 27 Tg.	—	Nahe dem Poupartschen Band wurstförmige Resistenz, 10 cm lang, 2 Finger dick. Darüber fast leerer Schall. R Abdomen bis 2 Finger von linea alba gedämpft.	Nach Einlauf reichl. breiig. Stuhl. Nach spontaner Entleerung Tumor bedeutend geringer.	Mässiges Fieber. Puls entsprechend kräftig.	Einlauf. Tinct. Jodi. Der Tumor verkleinerte sich kontinuierlich. Pat. wurde auf Wunsch entlassen, eine kleine, schmerzlose derbe Resistenz war noch vorhanden.
M. M., Köchin, 23 J.	Stuhl angehalten. Seit einigen Wochen Leibschmerz. Periode unregelmässig.	6. 2. —5. 3. 1890. 28 Tg.	—	Wurstförmige Resistenz 5×11 cm. Perkussion tympanitisch.	Nach Einlauf gebessert.	Gering.	Eisblas. Tinct. Opii. Einlauf. Der Tumor verklein. sich kontinuierlich. Arbeitsfäh. entlass.
A. R., Köchin, 21 J.	Seit 5 Tag. Schmerzen im Leib. Seit 3 Tag. in rechter unt. Seite allein. Menses unregelm.	14. 4.—20. 5. 1890. 31 Tg.	Uterus nach links verzogen. frei. Milz 17 : 10,5 Mitralinsufficienz	In der Ileocoecalgegend deutl. fühlbare höckerige druckempfindl. Resistenz. Perc. gedämpft. Später per vaginam Tumor als Kotballen nicht deutlich eruiert.	Neigung zu Obstipation. Am 25. 4. auf Einlauf erbsenbreiartig. Stuhl.	Bis 39,5. Puls entsprech. etwas schwankend Vom 25. 4. stetiger Abfall.	Opiumklysma. Einlauf. Senna, worauf Schmerzen bald verschwinden. Aerztlicherseits voräufig arbeitsunfähig entlassen.

Name u. Alter	Anamnese	Aufenthalt in d. Klinik	Beteiligung and. Organe	Befund	Stuhl	Fieber und Verlauf	Behandlung und Resultat
C. S., Lehrling, 16 J.	Seit 22. 9., wo kaltes Kartoffelmus mit ungekaut. Semmel gegessen, Schmerz. in R Inguinalgegend u. Erbrechen.	28. 9.– 10. 10. 1890. 13 Tg.	—	Abdomen mässig gespannt. In der Ileocoecalgegend parallel dem Darmbeinkamm Druckempfindlichkeit u. wurstförm. Resist.	Angehalten.	Leicht febril. Puls entsprechend.	Opium. Eisblase. Verlauf kontinuierlich. Aerztlich arbeitsunfähig entlassen. Noch Gurren in der Ileocoecalgegend.
F. R., Köchin, 31 J.	Seit 14 Tg. Schmerzen im R Unterleib. Kein Erbrechen.	26. 10.—4. 11. 1890. 9 Tg.	—	Ileoc. stark druckempfindl. Kein Tumor. Keine Dämpfg.	Obstipiert.	Afebril.	Klysma opiat. Sana entlassen.
G. K., 35 J.	Leidet an Stuhlverhaltung. Seit 5 Tg. Schmerzen im R Unterleib, Uebelkeit. Appetitlosigk.	23. 6. — 29. 6. 1890. 6 Tg.	Mitralinsufficienz	Leib R von Nabel druckempfindlich. Ileum resistenter harter Strang.	Obstipiert.	Afebril.	Ol. Ricini. Auf Wunsch entlassen.
A. H., Schneidergeh., 28 J.	1874 Blattern. Seit 6 Jahren Hämorrhoiden. Stuhl zeitw. obstipiert. Jetzt Schmerzen i. Leib.	14. 5. — 11. 6. 1892. 28 Tg.	Icterus catarrhalis. Milz 16 : 10,5.	Schmerz u. Druckempfindlichkeit in der Ileoc.	Obstipiert.	Von 39.5 stetiger Abfall.	Aqua Carlsbadii. Eisblase. Arbeitsfähig entlassen.
A. Z., Köchin, 26 J.	Immer obstipiert, daher Karlsbader. Am 6. 4. plötzlich. Schüttelfrost mit	10. 4.— 2. 5. 1893. 22 Tg.	—	Leib gespannt. Druckempfindl. u. gedämpfter Schall über Coecum.	Nur auf Einlauf.	Afebril.	Einlauf. Opium. Eisblase. Arbeitsfähig.

	Erbrechen und Schmerzen.			Später Tumor fühlbar.			
B. F., Kindsmagd, 16 J.	Seit 4 Tagen kein Stuhl. Seit 3 Tg. stechend. Schmerz. in der Ileoc.	30. 3.—21. 4. 1893. 23 Tg.	—	Schmerz. u. Druckempfindl. in der Ileoc. Abdomen mässig gespannt.	Obstipiert.	Afebril.	Klysma u. Tinct. Jodi. Arbeitsfähig.
M. W., Kutscher, 26 J.	Seit 24. 5. Schmerz. in der Ileoc., die sich steigerten.	29. 5.—31. 5. und 2. 6.—6. 6. 1894.	—	Faustgrosse Geschwulst. Perk. dumpf tymp.	Obstipiert.	Mässig. Das zweite Mal afebril.	Klysma opiat. Eisblase. Patient wurde das erste Mal zu früh auf Wunsch entlassen. Dann arbeitsfähig.
M. K., Dienstmädch., 16 J.	Seit einigen Tag. gesteigerte Unterleibsschmerzen.	8. 11.—19. 11. 1894. 11 Tg.	—	Deutl. druckempf. Resistenz. Perk.; verkürzter Schall.	Obstipiert. Auf Einlauf reichlich.	Afebril.	Opiumklysma. Kontinuierlicher Verlauf nach Stuhl. Arbeitsfähig.
C. L., Maler, 16 J.	Seit 27. 8. kein Stuhl. Seit 29. 8. Schmerzen. Erbrechen.	30. 8.—30. 10. 1893. 61 Tg.	—	Abdomen gespannt Ileoc. gedämpft.	Obstipiert. Reichlich nach Einlauf.	Mässig.	Eis. Opium. Einlauf. Kontinuierlicher Verlauf. Aerztlich arbeitsunfäh. nach Hause.
L. H., Taglöhn., 29 J.	Erkältung. Seitdem obstipiert und Schmerzen.	6. 8.—12. 8. 1893. 6 Tg.	—	Ileoc. druckempf. Keine Resistenz.	Obstipiert.	Afebril.	Eis. Opium. Einlauf. Verlauf kontinuierlich. Aerztlich arbeitsunfähig.
K. S., Köchin, 23 J.	Seit 3 Wochen Schmerzen. Periode unregelmässig.	6. 3.—24. 3. 1890. 19 Tg.	Uterus retrovertiert.	Vermehrte Resist. am Coecum.	Zeitweilig obstipiert.	Anfangs bis 39.4, dann abfallend.	Eis. Einlauf. Resistenz u. Druckempfindlichkeit verschwunden.

Peri-

Name u. Alter	Anamnese	Aufenthalt	Befund
M. G., Ausgeher 31 J.	Plötzlich schneidende Schmerzen, dann Verstopfung.	1. 2.—21. 2. 1892. 20 Tg.	Druckempfindlichkeit der Appendixgegend. Resistenz u. Dämpfung daselbst.
M. F., Hausmeister, 44 J.	Plötzl. Schmerzen. Dann Obstipation. Am 27. 3. Erbrechen. Vor 20 J. Typhus.	28. 3. —2. 4. 1892. 5 Tg.	Abdomen weich, kaum in Wurmfortsatzgegend empfindlich = abgelaufene Perityphlitis.
E. M., Bäcker, 18 J.	Am 29. 3. plötzlich Schmerzen, Schwindel. Stuhl etwas angehalten.	2. 4.—16. 6. 1892. 75 Tg.	Abdomen gespannt. Fossa iliaca. R. druckempfindlich.
C. W., Köchin. 24 J.	Am 10. 6. plötzlich Schüttelfrost, Schmerzen. Nov. voriges Jahr ebenf. Blinddarmentzündung.	11. 6.—4. 7. 1892. 23 Tg.	Meteorismus. Druckempfindlichkeit. Gedämpfter Schall. Später Resistenz fühlbar.
A. D., Dienstmädchen, 19 J.	Seit 4 Tg. Schmerzen. Stuhl ist erfolgt. Vor einem Jahr ebenfalls so erkrankt.	9. 9. —20. 9. 1892. 11 Tg.	Starke Druckempfindlichkeit in der Ileoc.
T. E., Haushälterin, 31 J.	Seit 6. 1. Schmerzen, Erbrechen, Mattigkeit. Durchfall.	8. 1.—7. 2. 1894. 30 Tg.	Nur Druckempfindlichkeit nachzuweisen.
W. L., Buffetmädchen, 26 J.	Am 23. 8. plötzlich heftige Schmerzen. Vor 3 Jahren (3 Monate lang) Blinddarmentzünd. Seitdem wiederkehrende Beschwerden. Stuhl obstipiert.	24. 8.—12. 10. 1894. 49 Tg.	Abdomen weich. Diastase der Recti. Deutlich das infiltrierte Coecum, sehr schmerzhaft, fühlbar. Perkussion tymp.

typhlitis.

Beteiligung and. Organe	Fieberverlauf	Verlauf	Behandlung und Resultat
—	Nach kurzem Anstieg auf 39.2 Abfall.	—	Priessnitz-Umschläge. Arbeitsfähig.
—	Afebril. Puls beschleunigt.	Neigung zu Obstipation.	Arbeitsfähig.
—	Bis 39.7 ansteigend, dann lytisch abfallend.	Nachdem zunächst die Schmerzen zunehmen und Temperatur steigt, wird vom 29. 4. das Exsudat kleiner.	Eis. Opiumklysmata. Aerztl.: arbeitsunfähig.
—	Bis 38.2. Vom 18. 6. fieberlos.	Zeitweilig obstipiert.	Eis. Opiumklysmata. Einlauf. Auf Wunsch gebessert entlassen.
Parametritis, deshalb Irrigation.	Afebril.	Zeitweilig obstipiert.	Eis. Opiumklysma. Arbeitsfähig.
—	Anfangs 39.0° Vom 15. 1. Nachlass.	Kontinuierlich.	Eis. Opium. Auf Wunsch gebessert entlassen.
Uterus fixiert. Aus vagina und urettra eitriges Sekret. Parametrien wenig empfindlich. Milz 13:8.	Anfangs bis 40.2 ansteigend, dann kontinuierlicher Abfall.	Stuhl häufig angehalten, deshalb Ricinusöl.	Coecum noch infiltriert, aber schmerzlos. Für Stuhl leichte Laxantien nötig.

Peri-

Name u. Alter	Anamnese	Aufenthalt	Befund
K. L., 20 J.	Seit 2 Tg. Fieber, Frösteln, Schmerzen.	6. 7.—9. 8. 1890. 35 Tg.	Coecum druckempfindlich. Gedämpfter Schall. Später derbe Infiltration, handtellergross zu fühlen.
V. A., Magd, 28 J.	Seit 30. 4. Schmerzen. Diarrhoe. Vor 7 Jahren schon einmal.	2. 5.—20. 5. 1892. 18 Tg.	Wurstförmige, empfindliche Resistenz in der Gegend des Wurmfortsatzes.
F. T., Tapezier, 21 J.	Am 21. 4. Schmerzen. Schüttelfrost.	25. 4.—18. 6. 1894. 54 Tg.	Abdomen weich. Ileoc. schmerzhaft, etwas gedämpft. Später deutliche Resistenz des Coecums.
C. S., Kellnerin 17 J.	Seit 3 Tg. Schmerzen. Dann Schüttelfrost, Fieber, Durchfall. Hat viel Obst zuletzt gegessen.	9. 7.—14. 7. 1894. 5 Tg.	Resistenz in der Ileoc. Dämpfung.
K. R., Köchin, 20 J.	Plötzlich Schüttelfrost. Erbrechen. Schmerzen R.	1. 9.—12. 9. 1894. 11 Tg.	Handtellergrosse, sehr druckempfindliche nicht deutliche Resistenz über Coec. und Proc. vermiformis. Perk. tympanitisch.
J. N., Fuhrmann, 34 J.	Am 2. 10. plötzlich Schmerzen, Erbrechen. Stuhl angehalten. Vor 7 Wochen gleichfalls.	4. 10.—18. 10. 1894. 14 Tg.	Ileocoec. stark druckempfindlich. Tumor nicht fühlbar. Perk. überall leicht gedämpft tymp. Vom 7. 10. nicht mehr.
A. H., Magd, 23 J.	1889 wegen Bauchfellentzündung und Typhus behandelt. Am 27. 2. plötzlich Schmerzen. Erbrechen.	28. 2.—15. 4. 1890. 46 Tg.	Abdomen sehr schmerzhaft. Coecalgegend handtellergross tymp. gedämpft. Später eben so grosse Resistenz fühlbar.

typhlitis.

Beteiligung and. Organe	Fieber-verlauf	Verlauf	Behandlung und Resultat
—	Mässig.	Vom 15. 7. nimmt die Resistenz deutlich ab.	Eis. Opium. Kein abnormer Befund mehr.
Fluor.	Afebril.	Kontinuierlich.	Eis. Opium. Arbeitsfähig.
Catarrh apic. dext. pulm.	Anfangs bis 39.2. Vom 4. 5. Abfall.	Kontinuierlich.	Opiumklismata. Auf Wunsch gebessert entlassen.
Mitral-insufficienz. Milz 14:8.5.	Rascher Abfall des Fiebers v. 39.1°.	Kontinuierlich.	Gebessert entlass.
—	Von 39.3 stetig abfallend. Puls meist beschleunigt.	—	Opium. Arbeitsfähig.
—	Leicht febril Vom 10. 10. afebril.	Stuhl öfters angehalten, deshalb Opiumklismata.	Opium. Eisblase. Gebessert entlass.
Missfarbener Ausfluss, dagegen Irrigationen.	Von 39.9 Abfall.	Kontinuierlich.	Eisblase. Opium. In die Rekonvalescentenanstalt entlassen.

Peri-

Name u. Alter	Anamnese	Aufenthalt	Befund
B. F., 34 J.	Vor 2 Tagen plötzlich Schmerzen im Unterleib. Schwellung und Stuhlverhaltung.	28. 3.—30. 5. 1890. 63 Tg.	Ileoc. druckempfindlich. Tympan. Schall. Abdomen mässig aufgetrieben. Später deutlich abgrenzbare Resistenz.
L. S., Bonne, 25 J.	Seit 8 Jahren wiederholte Darmentzündung. Vor 2 Tagen plötzlich Schmerzen und Stuhlverhaltung.	10. 7.—2. 8. 1890. 23 Tg.	Druckempfindliche Geschwulst. Handtellergrosse Dämpfung.
R. S., Kindsmagd, 19 J.	Vor 2 Tagen plötzlich Schmerzen. Erbrechen. Stuhl gehörig.	19. 11—23. 12. 1890. 35 Tg.	Ileocoecalgurren. Wurstförmige Resistenz. Mässig empfindlich.
L. H., Schreiner 16 J.	Nach Ueberheben plötzlich heftige Schmerzen. Erbrechen. Stuhlverstopfung.	24. 10.—10. 1. 1891. 71 Tg.	Abdomen aufgetrieben. Resistenz über Coecum, druckempfindlich, tympan. gedämpft.
G. F., Schuhmacher, 21 J.	Seit 8 Tagen Schmerzen, Mattigkeit. Seit 3 Tagen obstipiert. Im Januar schon 14 Tg. lang das gleiche.	8. 2.—16. 2. 1891. 8 Tg.	Resistenz nicht deutlich abgrenzbar.
C. H., Dienstknecht, 22 J.	Vor einem Jahr Darmentzündung. Seitdem schon dreimal. Vor 8 Tagen Schmerzen, Schüttelfrost.	9. 2.—19. 2. 1891. 10 Tg.	Druckempfindlichkeit. Schwache Dämpfung. Ileocoecalgurren.
A. K., Dienstmädchen, 17 J.	Plötzlich Schmerzen und Neigung zu Schweiss. Obstipiert.	27. 2. - 18. 3. 1891. 19 Tg.	R. leicht vorgewölbt. Druckempfindlichk. Resistent. Ziemlich grosse circumscripte Dämpfung.

typhlitis.

Beteiligung and. Organe	Fieberverlauf	Verlauf	Behandlung und Resultat
Urin muss bis zum 12. 4. mit Katheter entleert werden.	Am 30. 4. 39.5, dann bis subnormal. Nach Anstieg auf 39.5 am 4. u. 5. 5. Abfall. Puls meist beschleunigt, aber gut.	Verschlimmerung durch zu frühes Aufstehen.	Eisblase. Opiumklysma. Roborantia. Abdomen zuletzt ohne abnormen Befund. Appetit und Stuhl gehörig.
—	Leicht febril.	Kontinuierlich.	Eis. Einlauf, weil Stuhl zeitweise angehalten. Kein anormaler Befund, deshalb arbeitsfähig.
Milz 14,5 : 9,0. Phtisis incipiens.	Bis 39,4, intermittierend mit Schüttelfrösten.	Recidivierend. Stuhl oft angehalten. Puls meist beschleunigt, aber kräftig.	Ol. Ricini. Opium. Calomel Aerztlicherseits: arbeitsunfähig entlassen.
Milz 12 : 7.	Leicht febril, dabei Puls beschleunigt, aber voll.	Stuhl zeitweilig angehalten. Wurde, obwohl überwiesen, nicht operiert.	Opiumklysmata. Keine Resistenz noch Schmerzen. Stuhl normal.
—	Von 39,2 stetig abfallend.	Stuhl zeitweilig angehalten. Kontinuierlicher Verlauf.	Eis. Opium. Einlauf. Ohne Schmerz und Resistenz.
—	Von 39,6 stetiger Abfall.	Kontinuierlich.	Eis. Opium. Einlauf. Nach Hause entlassen geheilt.
—	Von 39,6 stetig abfallend.	Kontinuierlich.	Opium. Aerztl.: arbeitsunfähig, gebessert entlassen.

Peri-

Name u. Alter	Anamnese	Aufenthalt	Befund
F. S., Erzieherin, 17 J.	Erbrechen. Plötzlich Schüttelfrost.	22. 5.—31. 5. 1891. 10 Tg.	Abdomen gespannt. In der Ileoc. deutlich strangförmige, druckempfindl. Resistenz. Leichte Dämpfung.
A. R., Maler, 22 J.	Seit 7. 5. Obstipation mit heftigen Schmerzen. Keine Bleifarben.	8. 5.—26. 6. 1891. 49 Tg.	Schmerzhafte, nicht deutlich abgrenzbare Resistenz.
T. K., Ablöswärter, 25 J.	Plötzlich Leibweh. Erbrechen.	6. 8.—18. 9. 1891. 43 Tg.	Undeutlich ein harter Strang über Coecalstelle fühlbar. Dumpfer Schall. Druckempfindlichkeit.
A. A., Mechaniker, 14 J.	Vor 4 Jahren ähnlich erkrankt. Jetzt plötzlich Erbrechen, Leibweh, Fieber.	23. 9.—5. 11. 1891. 43 Tg.	Abdomen aufgetrieben. Nicht deutliche Resistenz und Dämpfung. Starker Schweiss.
M. R., Metzger, 21 J.	Stechende Schmerzen in der Ileocoecalgegend.	29. 10—14. 11. 1891. 16 Tg.	Ileoc. auf leisen Druck empfindlich. Resistent.
E. S., Dienstmädchen, 27 J.	Plötzlich heftige Schmerzen.	12. 11—23. 11. 1894. 11 Tg.	Leichte Resistenz, druckempfindlich. Ileocoecalgurren. Perc.: gedämpft.
G. S., Mechaniker, 16 J.	Plötzl. Schmerzen. Dann Obstipation.	26. 9. 22. 10. 1892. 26 Tg.	Nur Druckempfindlichkeit am Coecum.
H. B., Metzger, 18 J.	Plötzlich stechende Schmerzen.	10. 1.—15. 1. 1893. 5 Tg.	Leib gespannt. In Ileoc. starke Druckempfindlichkeit. Gedämpfter Schall.

typhlitis.

Beteiligung and. Organe	Fieberverlauf	Verlauf	Behandlung und Resultat
–	Leicht febril.	Kontinuierlich.	Auf Wunsch gebessert entlassen.
–	Bis 14.5. schwankend zwischen 37.2 u. 38.5, dann Abfall. Puls beschleunigt.	Die Restistenz nimmt anfangs zu. Dann daumendicker Strang in der Ileocoecalgegend fühlbar.	Opium. Leinumschläge. Klysma. Es bleibt der Strang. Sonst schmerzlos.
Tuberc. pulm. incipiens.	Afebril.	Es wurden Ascariden im Stuhl gefunden, deshalb Santonin. Stuhl angehalten.	Glycerinklysma. Opium.
–	Von 39,4 stetiger Abfall.	Kontinuierlich.	Opium. Breiumschläge. Keine Schmerzen. Neigung zu Obstipation.
Mitralinsufficienz.	Schwankend bis 39,6.	Etwas recidivierend.	Eis. Arbeitsfähig entlassen.
–	Von 38.5 abfallend bis zum 16. 11.	Rascher Rückgang.	Gebessert auf Wunsch entlassen.
–	Afebril, Puls etwas beschleunigt.	Kontinuierlich.	Hat noch Schmerzen bei Bewegung. Zur weiteren Behandlg. entlassen.
–	Leicht febril.	Kontinuierlich.	Eisblase. Opium. Arbeitsfähig.

Peri-

Name u. Alter	Anamnese	Aufenthalt	Befund
J. D., Schlosser, 22 J.	Seit 4 Tagen heftige Schmerzen. Appetitlosigkeit.	14. 5.—12. 6. 1893, 29 Tg., und 13. 6.—10. 7. 27 Tg.	Ileoc. druckempfindl. Gurren. Kein Tumor. Im Verlauf wird Restenz fühlbar.
K. K., Schreiner, 31 J.	Seit 15. 8. Diarrhoe und Schmerzen. Potator.	19. 8.—31. 8. 1893. 12 Tg.	Handtellergrosse Dämpfung in d. Ileoc. Später ebenso grosse Resistenz fühlbar.
M. S., Magd, 15 J.	Plötzl. Schmerzen.	29. 7.—2. 9. 1893. 35 Tg.	Abdomen gespannt. In der Ileoc. druckempfindl. Resistenz. Gedämpfter Schall.
G. S., Biermann, 35 J.	Seit 4 Tagen heftige Schmerzen. Mattigkeit. Potator.	30. 9.—4. 11. 1893. 35 Tg.	Ileoc. druckempfindlich. Umfangreich gedämpft.
R. P., Kellnerin, 18 J.	Seit 8 Tagen nach Ueberheben heftige Schmerzen, so dass gebücktes Gehen. Erbrechen.	2. 3.—17. 4. 1894. 46 Tg.	Zweimarkgrosse resistente Stelle über spin. ant. sup. Perc.: tympanitisch.
C. A., Köchin, 27 J.	Plötzl. Schmerzen. Schon einmal im selben Jahr in Behandlung. Seit Entbindung (1893) immer geringe Empfindlichkeit des Unterleibs.	12. 6.—28. 7. 1894. 49 Tg.	In der Ileoc. gedämpfte, mässig resistente, druckempfindliche Stelle. Später deutlich dem Coecum gehörig.
M. W., Zugeherin, 52 J.	Nach Erkältung Leibschmerzen, Diarrhoe, Appetitlosigk., Erbrechen.	13. 10.—24. 10. 1894. 11 Tg.	Ileoc. druckempfindlich und besonders nach Lebergrenze zu resistent.

typhlitis.

Beteiligung and. Organe	Fieberverlauf	Verlauf	Behandlung und Resultat
—	Afebril.	Patient war zu früh aufgestanden und bekam sofort einen Rückfall, der ihn wieder längere Zeit fesselte.	Eisblase. Calomel. Opium. Arbeitsfähig.
—	Gering.	Kontinuierlich.	Eis. Opium. Aerztl.: gebessert entlassen.
—	Febril.	Stuhl etwas angehalten.	Einlauf. Opium, warmer Wickel. Arbeitsfähig.
Bronchitis chronica.	Von 38,7 abfallend.	Stuhl anfangs angehalten, deshalb Glycerinklysma.	Eis. Opium. Aerztl.: gebessert entlassen.
Mitralinsuffizienz. Parametritis dextra.	Zweimal erneuter Anstieg bis 39. 2.	Mehrmals harte Stuhle. Die Schmerzhaftigkeit in der Ileoc. vermehrt sich anfangs noch, dann zugleich mit Fieberabfall verschwindend.	Eisblase. Leinsamencataplasma. Arbeitsfähig.
—	Von 38. 9 stetig abfallend.	Die Resistenz wird später kleiner, aber härter. Zuletzt nierenförmig.	Arbeitsfähig.
—	Afebril. Puls beschleunigt, voll.	Kontinuierlich.	Arbeitsfähig.

Was nun die Fälle anlangt, die letal endigten, so war der Verlauf folgender:

I. Fall.

C. B. Metzger, 20 Jahr. Am 8. I. bekam Patient plötzlich Stechen in der Ileocoecalgegend, was er auf Erkältung bezieht. Die Schmerzen lokalisiert er jetzt in der Gegend des Wurmfortsatzes. In den abhängigen Partieen des Abdomens rechts fand sich Dämpfung und bei Seitenlage eine wurstförmige Resistenz. Der ganze Leib war geringgradig empfindlich und aufgetrieben. Es erfolgte ziemlich häufiges Erbrechen. Das Fieber hielt sich in den ersten 4 Tagen dauernd hoch. Am 14. I. wurde ohne Erfolg punktiert. An dem Tage erfolgten spontane breiige Stühle, das Erbrechen liess nach. Am 5. Tag fiel das Fieber schwankend bis zur Norm. Der Puls war etwas beschleunigt, nicht gerade kräftig. Am 16. I. trat wieder heftiges Erbrechen ein, die Temp. stieg wieder rasch auf 40,5 °. Am 17. I. Exitus unter Schüttelfrost.

Sektion: Wurmfortsatz zunderartig mit missfarbenen Auflagerungen. Auf Druck entleert sich Eiter. Schleimhaut blass. In der Mitte bohnengrosse Usurationen und 2 Perforationen. Wand verdickt. Umgebende peritonitische Gewebe jauchig entzündet. Im Dickdarm geballter Kot. Schleimhaut blass.

II. Fall.

W. E. Magd, 13 Jahr. Patientin war vom 15. bis 21. VI. an Blinddarmentzündung behandelt worden. Am 24. VI. wurden Erbrechen und Schmerzen heftiger. Sie wurde deshalb mit kleinem frequenten Puls und hoher Temperatur hereingebracht. Exitus abends.

Sektion: eitrig-jauchige Peritonitis. Wurmfortsatz mit schleimig-eitrigem Inhalt angefüllt. Perforation nicht nachweisbar. Das umgebende Gewebe in hohem Grade missfarbig, eitrig eingeschmolzen.

III. Fall.

J. B. Maurer, 27 Jahr. Seit 14 Tagen befindet sich Patient unwohl. Vor 10 Tagen plötzlich heftige Leibschmerzen nachts, mit Durchfällen und Erbrechen. Später zunehmende Mattheit, Schmerzen geringer. Stuhl diarhoisch, erbsenbreiartig geschichtet. Im rechten Hypochondrium bis spin. il. ant. sup. Dämpfung. Der Leib ist stark anfgetrieben. Nachts bestehen starke Schmerzen. Milz 16:18,5, später kleiner. Pneumonie. Beim Eintritt am 23. VIII. hatte Patient Fieber bis 39.0. Liess allmählich nach. Stieg dann wieder bis zum 10. IX. mit starken morgendlichen Remissionen. Der Puls war dabei äusserst beschleunigt. Patient wurde anfangs auf Typhus abdominalis behandelt. Am 14. IX. trat Exitus ein.

Sektion: Peritonitische Verklebungen, zwischen ihnen reichlicher Eiter. Fibrinöser Beschlag auf den Darmschlingen. Wurmfortsatz frei. Coecum am Eingang des kleinen Becken adhaerent. Wand teilweise gangränös, ödematös verdickt.

Lobuläre Pneumonie beider Unterlappen.

IV. Fall.

M. M. Kutscher, 49 Jahr. Vor 4 Tagen plötzlich Schmerzen im Unterleib, starkes Erbrechen, Verstopfung. Früher Neigung zu Obstipation. Vor 20 Jahren Typhus. Ileocoecalgegend sehr druckempfind-

lich. Untersuchung per rectum resultatlos. Leib stark aufgetrieben. Fieber sehr geringgradig. Es trat im Verlauf häufig Erbrechen auf. Der Stuhl war obstipiert. Behandlung: Opiumclysmata. Unter allmähligem Kräfteverlust trat ohne grössere subjektive Beschwerden am 11. XII. der Tod ein.

Sektion: Peritonitische Verwachsungen. In der Ileocoecalgegend kotig riechender Eiter. Im Anfang des Colon ascendens linsengrosse Perforation. Vom Appendix fehlt ein 1,5 cm langes Stück. Die Ränder sind gerötet und zerfressen. Dort halb mandelkerngrosser Kotstein. Aeussere und hintere Seiten des Oberschenkels von reichlichen schmutzig grau-rötlichen offenbar eiterhaltigen Massen durchsetzt. Hier ist also durch einen Kotstein eine abgesackte Peritonitis mit sekundärer Perforation des Colon ascendens und terminale phlegmonöse und nekrotisierende Entzündung der Weichteile des Oberschenkels eingetreten.

V. Fall.

A. K. Buchbinder, 49 Jahr. 1. VIII.—7. VIII. 93 Am 25. VII. nach Genuss von Blaubeeren trat Uebelkeit, Erbrechen und zugleich eine harte Geschwulst auf der rechten Seite ein. Stuhl obstipiert. Daher vom Arzt mit Ricinus und Calomel behandelt. Später aber bekam er heftige Schmerzen mit Schwindelanfällen und Atemnot, wobei sich angeblich die Geschwulst im Leib verteilt haben soll. Temp. 36,4, Puls 110. Abdomen stark gespannt, mässig druckempfindlich. R. U. Schall gedämpft.

Ordination: Einlauf. Eisblase. Morph. subcutan. Der Stuhl wurde vom 5. VIII. diarhoisch. Erbrechen

lässt nach. Temperatur dauernd niedrig. Puls dauernd hoch.

Am 7. VIII. rascher Verfall und Tod.

Sektion: fibrinös eitrige Peritonitis ausgehend von perityphlitischem Abscess. Perforation des Wurmfortsatz.

Fassen wir die Daten, die sich aus vorliegenden Fällen ergeben, zusammen, so befanden sich unter den 54 Patienten 27 Männer, 27 Weiber. Ich kann somit nicht bestätigen, dass eine grössere Disposition des männlichen Geschlechtes vorhanden ist, wie man oft annimmt.

Von den Patienten standen im Alter von

10—20	Jahren . . .	21,
21—30	„ . . .	22,
31—40	„ . . .	8,
41—50	„ . . .	2,
im 52.	Jahre	1.

Somit fällt die Mehrzahl der Krankheitsfälle in das Alter vom 10.—30. Jahr in Uebereinstimmung mit anderen Tabellen. Die Disposition läst also mit dem Alter nach. Ich möchte dies damit in Zusammenhang bringen, dass bei den meisten alten Leuten eine Obliteration des Wurmfortsatz, nach Ribbert[5], sich findet. Infolgedessen ist die Entstehung einer Appendicitis im obliterierten Wurmfortsatz unmöglich. Zum Teil mag auch die diätere Lebensweise alter Leute einige Rolle spielen. Warum die Kinderjahre von der Krankheit verschont bleiben, hat man damit zu erklären versucht, dass in den ersten Jahren wenig feste Nahrung genommen wird, und dass der Processus vermiformis ein verhältnismässig sehr weites Lumen

und noch nicht eine scharfe Abgrenzung gegen den übrigen Darm hat, sodass Retentionen von Inhalt weniger leicht eintreten.

Von unseren Patienten konnten nun unter der üblichen Anwendung von Ruhe, Opium und Eis, bei hartnäckiger Verstopfung auch leichter Einläufe mit Opium oder mit Milch und Honig, 25 als geheilt und arbeitsfähig entlassen werden, 18 wurden auf ärztliche Verordnung, 6 auf ihren Wunsch wesentlich gebessert nach Hause oder in die Rekonvalescentenanstalt entlassen, 5 starben. Hierbei möchte ich noch bemerken, dass, um dem Vorwurf zu begegnen, dass in den internen Statistiken Fälle auch unter „Peritonitis“ in den Krankengeschichten aufgezählt und daher nicht mitgerechnet würden, sämtliche von derselben Zeit vorliegende Fälle von Peritonitis daraufhin durchgesehen und mit eingereiht wurden.

Durchschnittlich befanden sich die an Stercoraltyphlitis erkrankten Patienten 21 Tage in Behandlung, der Verlauf war ein kontinuierlicher. Durch Einläufe wurde wesentliche Besserung erzielt. Die Patienten, welche mit Perityphlitis erkrankten, hielten sich 30 Tage in der Klinik auf. Bei einigen Fällen werden wohl Komplikationen daran Schuld gewesen sein, dass sie nicht vollständig arbeitsfähig entlassen werden konnten. Dass einige der letal endigenden Fälle bei rechtzeitiger Erkenntnis der Sachlage und Uebergabe an den Chirurgen hätten gerettet werden können, möchte ich zugeben, aber hinzufügen, dass man wohl damals bei den nicht zu sehr ermunternden Erfolgen der Chirurgen sich davor scheute.

Wie wir aus den Sektionsberichten ersehen, ist

in 3 Fällen die Ursache der Peritonitis Perforation des Wurmfortsatzes gewesen. In dem zweiten Fall fand man nur eitrigen Inhalt im Wurmfortsatz und keine Perforation, während sich die Umgebung missfarbig eitrig eingeschmolzen zeigte, ein Fall, der mir für die Angabe von Dieulafoy[2] (siehe oben) zu sprechen scheint. Interressant ist auch der dritte Fall, wo sich der Wurmfortsatz vollständig frei zeigte, was also deutlich gegen die Annahme spricht, dass die Perityphlitis immer vom Appendix ausgehe.

Wir hätten demnach eine Mortalität von 7,4%, denn wir können den einen moribund aufgenommenen Fall nicht bei Behandlung der Resultate in Betracht ziehen. Wenn nun Chirurgen, die jede Typhlitis, die in ihre Behandlung kommt, operieren und eine Mortalität von 9,6%, wie Aufrecht[1], haben, so liegt kein Grund vor, ein zunächst exspektatives Verhalten nicht zuzulassen. So sagt Leyden[6]: „Meine Meinung geht dahin, dass wir keinen Grund haben, von vornherein einen chirurgischen Eingriff bei der Perityphlitis für indiziert zu halten. sondern dass diese Indikation erst eintritt unter besonderen Verhältnissen, wenn es sich entweder um grössere Eiterherde handelt, deren spontane Entleerung nicht ohne Gefahr abgewartet werden könnte, oder aber, wenn der gebildete Abscess durch Kompression des Darms bedrohliche Erscheinungen macht.“

Die Schwierigkeit liegt nun gerade darin, zu entscheiden, wann Eiter vorhanden ist. Gräser[7] gibt als Kennzeichen dafür, wenn auch nur ganz leichtes, Oedem der Bauchdecken an. Roux[8] meint, dass Eiter vorhanden sei, wenn der Schall über dem

Coecum tympanitisch ist und sich die Wand desselben trotzdem stark infiltriert, „comme du carton“ anfühlt. Sonnenburg[9] bezeichnet als Indikation zur Operation, wenn unter stürmischen Erscheinungen ein schmerzhaftes Exsudat in der Ileocoecalgegend, begleitet von hohem Fieber, sich zeigt. Dem an bestimmten Punkten lokalisierten Schmerz und starkem Schweiss legt Helferich[1] grosse Bedeutung zu. Er rät zur Probepunktion, kurz vor der Operation zur Erledigung bestimmter Fragen, da sie meist ungefährlich sei. Auch andere haben zur Sicherstellung der Diagnose die Probepunktion vergeschlagen. Roux[10] verwirft dieselbe mit den Worten: „Elle est quelquefois dangereuse, très souvent sans resultat, toujours inutile“. Nach unseren Fällen muss man ihm darin, glaube ich, zustimmen, weil sie stets ergebnislos war. Man kann ja auch bei positivem Erfolg nicht genau angeben, wo sich der Eiter findet. Ich möchte mit Doerfler[4] bei Betrachtung unserer Fälle glauben, dass man unter Opium- und Eisbehandlung eine genaue Ueberwachung

1) des Wachstums des Tumors,
2) der Temperatur,
3) der Pulszahl und Qualität,
4) des Verhaltens der Umgebung des Tumors, insbesondere des Peritoneums, und schliesslich Beachtung des Allgemeinbefindens

anstreben muss. Fällt bei hochbleibender Pulszahl und bei schwachem Pulse plötzlich die Temperatur, oder zeigt sie tiefe morgendliche Remissionen, ohne dass eine merkliche Abnahme der Dämpfung und Resistenz bei Fortbestand der Schmerzen eintritt, so

ist für Operation zu plaidieren. Auch dann möchte ich die Operation angewandt wissen, wenn zahlreiche Recidive mit heftiger werdenden Symptomen eintreten. Im allgemeinen wird dies selten der Fall sein, denn von unseren Fällen geben nur 8 an, früher ähnlich erkrankt zu sein, obwohl danach stest gefragt wurde. Ausserdem sind die Recidive stets leichter als das erste Mal verlaufen oder haben ganz kontinuierlichen Verlauf mit endgültiger Heilung genommen. Zu hüten hat man sich nur, wie wir aus der Tabelle ersehen, die Patienten zu früh aufstehen zu lassen. Dass die Heilung bei unsern Fällen unter Opium und Eisbehandlung mit Anwendung absoluter Ruhe und einer geeigneten Diät eine dauernde war, scheint wohl daraus hervorzugehen, dass in den folgenden Jahren bis auf die letzte Zeit nur ein einziger Fall, welcher ganz leicht verlief, wieder in Behandlung kam, während noch viele der Patienten im selben Orte ansässig sein werden. Sicherer wäre die Frage, ob noch später Recidive bei unsern Patienten vorgekommen sind, zu beantworten gewesen, wenn man die Patienten selber sprechen oder vom behandelnden Arzt etwas hätte erfahren können, aber eine solche Nachforschung stiess auf zu grosse Schwierigkeiten. Es würde aber interessant sein, wenn auch von anderen Seiten eine Nachfrage über Recidive angestellt würden. Sicher würde es sich dabei herausstellen, dass die Behauptung, es käme nach interner Behandlung in den meisten Fällen zu Recidiven und die Heilung sei nur eine scheinbare, übertrieben ist. In den meisten Fällen werden auch die Recidive, wie wir ersehen, leichter sein und wir müssen mit Sahli[1] dafür eine eintretende

Immunisierung annehmen. Allerdings kann auch nach dem ersten Anfall eine besondere Disposition eintreten. Es sind aber andrerseits Fälle bekannt geworden, wo selbst nach Operation und Abtragung des Appendix Recidive eintraten. Es können eben auch nach Operationen Verwachsungen in der Umgebung eintreten und bestehen bleiben, so dass stetige Reizung und Neigung zu Recidiven eintritt.

Nicht immer wird es also von vornherein notwendig oder günstig sein, zu operieren. Oft ist es ja nach Angabe der Chirurgen nicht möglich, den Appendix und damit die causa peccans zu beseitigen. Es herrschen auch darüber, zu welcher Zeit operiert werden soll, noch die verschiedensten Meinungen von seiten der Chirurgen. Oft wird am günstigsten der Intervall, wenn man so sagen darf, zwischen zwei Anfällen bezeichnet. Aber es werden sich wohl kaum die Patienten, die eben von einem Krankenlager aufstehen, einer Operation unterziehen wollen. Es besteht also noch die interne Therapie in den meisten Fällen zu Recht, allerdings soll man nicht vollständig der Operation entraten, denn bei dem heutigen Standpunkt der Chirurgie sind die Gefahren, denen man die Patienten aussetzt, nicht so sehr zu fürchten. Immerhin wird man den Chirurgen im Hinblick auf die Resultate unserer Statistik den Satz Fürbringers entgegenhalten können: „Die Erfolge der Internisten sind nicht schlecht genug und die Erfolge der Chirurgen nicht gut genug, um ein Herbeirufen der letzteren in dem von ihnen meist geforderten Umfang zu rechtfertigen.“

Literatur.

1. Congress für innere Medizin. München 1895.
2. Étude sur l'appendicite. Bulletin de l'académie de médicine. Nr. 10, 1896. Ref.
3. Cohn, Dissertation, Breslau 1896.
4. Münchner med. Wochenschrift 1895.
5. Virchow's Archiv 1893.
6. Münchner med. Wochenschrift 1891.
7. do 1892.
8. Volkmann's Sammlung klin. Vorträge 331. 1888.
9. Eulenburg, Realencyclopädie 1892. S. 552.
10. Rev. méd. de la Suisse Romande 1890.
11. Deutsche med. Wochenschrift 1891.
12. Strümpell, Lehrbuch 1895.
13. Pentzoldt und Stintzing.